

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAÑA INVIERNO</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |   |   |
|--|---|---|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II                              |   |
| Nombre Completo                          | SOFÍA ALICIA VARGAS ESQUIVEL                      |   |
| RUT                                      |   |   |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA CAMPAÑA DE INVIERNO KINESIÓLOGO |   |
| Profesión/cargo                          | Kinesióloga                                       |   |
| Horas trabajadas (totales)               | 15 HORAS  | <b>Fechas realizadas:</b><br>19 - 06 - 2024<br>26 - 06 - 2024<br>03 - 07 - 2024<br>10 - 07 - 2024<br>17 - 07 - 2024 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO  |   |
| Días licencia                            | NO  |   |
| Fecha Informe                            | 18 - 07 - 2024                                    |   |


|                  |                |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>N°14</b>    |
| MONTO BOLETA     | <b>130.050</b> |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:               | HASTA:               |
|                    | <b>21 junio 2024</b> | <b>20 julio 2024</b> |

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| N°       | Funciones   | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|---------------|
| <b>1</b> | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento) | <b>18</b>         |               |
| <b>2</b> | Control Crónico Respiratorio                                  | <b>3</b>          |               |
| <b>3</b> | Ingreso a Programa  |                   |               |
| <b>4</b> | Espirometría  |                   |               |
| <b>5</b> | Consejería  |                   |               |

**DECLARAMOS,** que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|   |  |
|---|--|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  |
| <p><b>Nombre Completo: Sofía Alicia Vargas Esquivel</b><br/><b>RUT:</b></p>       | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |